受付年月日	年　　月　　日

原本証明依頼書（領収書）

パナソニック健康保険組合　様

※太枠で囲んだところをすべてご記入ください。

被保険者証の記号・番号		**記号**	1	0	**番号**							
被保険者本人	フリガナ					**生年月日**	☐昭 和　年　月　日 ☐平 成					
	氏名											
対象者 **（被保険者と同一の場合は省略）**	フリガナ					**生年月日**	☐昭 和　年　月　日 ☐平 成					
	氏名											
	被保険者との続柄					**性別**	☐男　☐女					
送付先		在籍事業所の人事健保担当者（在職者のみ）となります。										
依頼理由		☐確定申告で使用するため ☐その他（具体的に）（　　） ※ 市区町村等の医療費助成申請は原本証明不要です。ご自身でコピーを取ってください。										
1	診療年月	平成　　年　　月分										
	請求時の書類	☐治療用装具　☐保険証不携帯及び手続き中　☐海　外　☐埋葬料　☐その他（　　）										
2	診療年月	平成　　年　　月分										
	請求時の書類	☐治療用装具　☐保険証不携帯及び手続き中　☐海　外　☐埋葬料　☐その他（　　）										
3	診療年月	平成　　年　　月分										
	請求時の書類	☐治療用装具　☐保険証不携帯及び手続き中　☐海　外　☐埋葬料　☐その他（　　）										

上記のとおり原本証明を依頼します。

平成　　年　　月　　日

被保険者 氏　　名　　㊞

連 絡 先　　（　　）

	健保記入	送付年月日	担当者

※「原本依頼証明書」は、領収書添付の請求書と合わせてご提出願います。また、やむを得ず後日依頼される場合は、請求書等を出された月から3ヵ月以内のものに限ります。